



MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**LIMITAÇÕES NO DIAGNÓSTICO DO ABUSO FÍSICO E
NEGLIGÊNCIA EM CRIANÇAS
- UMA VISÃO DA MEDICINA DENTÁRIA -**

Ana Sofia Dias Trindade

ORIENTADOR

Inês Alexandra Costa Morais Caldas

COORIENTADOR

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Porto 2013

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária -

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**LIMITAÇÕES NO DIAGNÓSTICO DO ABUSO FÍSICO E
NEGLIGÊNCIA EM CRIANÇAS**
- UMA VISÃO DA MEDICINA DENTÁRIA –

Ana Sofia Dias Trindade

Aluna nº091301126

ORIENTADOR

Inês Alexandra Costa Morais Caldas

COORIENTADOR

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Porto 2013

III

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

ÍNDICE GERAL

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
MATERIAL E MÉTODOS	5
RESULTADOS	7
DISCUSSÃO	17
CONCLUSÕES	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
AGRADECIMENTOS	27
ANEXOS	28
ANEXO 1 - Questionário	
ANEXO 2 - Aprovação pela Comissão de Ética, Declaração do Investigador, Parecer do Orientador	

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

RESUMO

O abuso e negligência em crianças incluem-se, segundo a Legislação Portuguesa, nos crimes públicos, revestindo-se de uma tal gravidade que basta que o Ministério Público conheça a ocorrência para instaurar o procedimento criminal. Adicionalmente, qualquer indivíduo conhecendo a sua prática deve obrigatoriamente, denunciá-los. Relativamente aos profissionais de saúde, esta responsabilidade é particularmente evidente, constando nos diversos códigos deontológicos que regulamentam estas profissões. Todavia, há frequentes referências na literatura internacional às poucas denúncias efetuadas por profissionais de saúde oral. É objetivo deste trabalho clarificar a postura dos médicos dentistas portugueses no assunto, descrevendo as atitudes mais frequentes e conhecimentos sobre temática. Um questionário versando conhecimentos e atitudes para abuso físico e negligência em crianças foi aplicado a 100 médicos dentistas, 39 do sexo masculino e 61 do feminino. As respostas foram analisadas com *software* SPSS 21.0® para estatística descritiva e análise de relação entre variáveis categóricas. Foi estabelecido nível de significância para 5%.

Os principais resultados indicaram que a maioria dos inquiridos considera o médico dentista privilegiado para diagnosticar abuso físico (63%) e negligência (66%); porém, na prática, poucos referem detetar abuso físico ou negligência (8% e 10%, respetivamente), e destes, apenas 37,5%, para abuso físico, e 20% para negligência, reportaram o caso.

Relativamente ao diagnóstico, os inquiridos reportaram-se às lesões traumáticas e figuradas, fraturas faciais e lesões em proeminências ósseas faciais como as mais indicativas de abuso físico, e má higiene/mau cheiro, roupas em mau estado/inapropriadas e mau estado da saúde oral como os sinais mais indicativos de negligência.

Assim, à semelhança do que é descrito na literatura internacional encontraram-se poucas denúncias, sendo os conhecimentos dos participantes na área descritos como insuficientes. Pelo exposto, uma maior formação na área englobando procedimentos e conhecimentos parece ser mandatória.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

ABSTRACT

Child abuse and neglect are included, according with the Portuguese Legislation, in public crimes. Their severity is such that the awareness of the Public Prosecutor is enough to start the criminal process. Additionally, any individual that knows of its presence is, by law, obligated to report it. For healthcare professionals, this responsibility is evident, and is included in several Ethics codes. However, international literature describes a low report rate in oral health professional's settings. This work aims to clarify Portuguese dentists' position in this matter, describing their knowledge in the subject and their most frequent attitudes. A questionnaire was delivered to 100 dentists (39 males and 61 females) for assessing knowledge and main attitudes towards physical abuse and negligence in children scenarios. Answers were analyzed with SPSS 21.0® software for descriptive statistics and correlation analysis between categorical variables. Significance level was established for 5%.

The main results show that the majority of the inquired describes the dentist as a main subject for physical abuse (63%) or negligence (66%) diagnosis; However, in practice, few refer detection of physical abuse or negligence (8% and 10% respectively), and of these, only 37,5% for physical abuse and 20% for negligence have reported the case.

According to diagnosis, the inquired report traumatic and figured lesions, facial fractures and facial bone prominences' lesions as the most indicative of physical abuse, and bad hygiene/bad smell, inappropriate/bad shape clothing and bad oral health as the most indicative of negligence.

It seems evident that the description of international literature can apply to this professional class, with few denounces. Simultaneously, the participants' knowledge in this area is described as insufficient, testified by their answers. This is why a better formation in the theme including proceedings and knowledge is mandatory.

INTRODUÇÃO

A História avoluma referências aos maus tratos infantis, desde a época dos Romanos onde o infanticídio de filhos ilegítimos era usual, até hoje, com a legislação do estado do Missouri nos Estados Unidos da América ^(1, 2), que refere punição física em crianças como atividade legal desde que não produza marcas ⁽³⁾. O abuso físico e negligência são uma realidade para crianças de todo o mundo, etnias, religiões e classes sociais ⁽⁴⁻¹⁶⁾, com sequelas físicas e psicológicas, reconhecendo-se que crianças vítimas de maus tratos poderão desenvolver, problemas psicológicos como depressão, baixa de autoestima, entre outros, tornando-se em adultos abusadores, repetindo comportamentos abusivos presenciados ou vividos ⁽⁵⁻¹⁴⁾. De forma didática, abuso infantil pode-se dividir em: abuso físico, emocional, sexual e negligência ^(4-6, 9, 10, 17-19). Segundo Magalhães ⁽¹⁹⁾, abuso físico e negligência constituem as duas formas mais comuns. Define-se abuso físico como o dano não acidental infligido (real ou o potencial de infligir), diretamente ou através de um objeto, por um adulto responsável, prejudicando a saúde, sobrevivência e desenvolvimento da criança ^(4-11, 17-21). Negligência é definida como falha intencional de assegurar cuidados básicos, físicos, emocionais, educacionais ou de saúde ^(4, 5, 8, 9, 11, 17-19, 21), sendo referida como o tipo mais prevalente e dificilmente diagnosticado ⁽⁴⁾. Em 2011, 33,1% das crianças em risco acompanhados pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJ) constituíam casos de negligência ⁽²²⁾.

A sinalização de abuso infantil é obrigatória e decorre da aplicação do artigo 242º do Código do Processo Penal, posteriormente alargado à população em geral através do artigo 66º da Lei 147/99, de 1 de Setembro¹. Estes crimes assumem natureza pública,

¹ 1 – Qualquer pessoa com conhecimento das situações previstas no artigo 3º (situações de perigo) pode comunicá-las às entidades competentes em matéria de infância ou juventude (ECMIJ), entidades policiais, CPCJ ou autoridades judiciais.

2 - A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa com conhecimento de situações que ponham em risco a vida, integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou jovem.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

bastando denúncia ou conhecimento do crime para iniciar a ação penal pelo Ministério Público, não sendo necessária queixa da vítima ^(4, 19).

A maioria dos autores considera o médico dentista privilegiado para observação de indícios de abuso físico, pois em mais de metade dos casos os ferimentos resultantes envolvem a região orofacial ^(4-6, 9-11, 13, 14, 17, 23-25).

Apesar disto, a prevalência de denúncias por médicos dentistas em Portugal permanece desconhecida ⁽⁴⁾. Este estudo visou caracterizar os conhecimentos dos médicos dentistas portugueses no diagnóstico de abuso físico e negligência.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças - Uma Visão da Medicina Dentária-

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra incluiu 100 médicos dentistas, 39 do sexo masculino (39%) e 61 do feminino (61%), com idades entre os 23 e os 81 anos, com mediana de 31 anos e intervalo interquartil de 26,0 - 39,75. Os inquiridos eram formados, no mínimo, há 1 ano e no máximo há 57, com licenciatura/mestrado integrado obtida/o nos locais descritos no Gráfico 1.

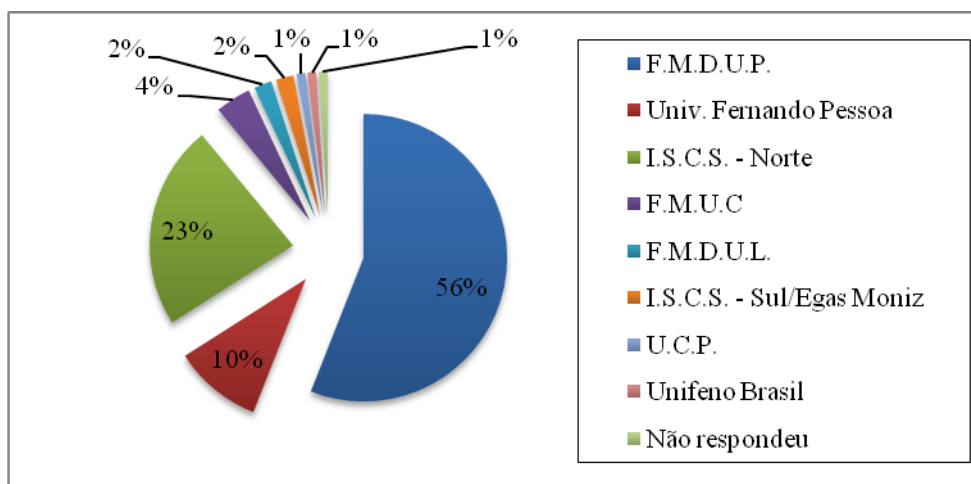


Gráfico 1 – Locais de formação dos participantes no estudo

(F.M.D.U.P. – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; I.S.C.S.-Norte – Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte; F.M.U.C. – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; F.M.D.U.L. – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; I.S.C.S.-Sul – Instituto Superior de Ciências da Saúde Sul; U.C.P. – Universidade Católica Portuguesa)

A maioria, 68%, apresentava pelo menos um curso de pós-graduação (Odontopediatria, Ortodontia, Medicina Dentária Forense (MDF), Cirurgia Oral, Periodontologia, Implantologia, Endodontia e Dor Orofacial, ATM² e Oclusão). Relativamente ao contacto com crianças na prática clínica, 75% dos inquiridos disse atender pelo menos uma criança por semana (Gráfico 2).

² Articulação temporo-mandibular

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças - Uma Visão da Medicina Dentária-

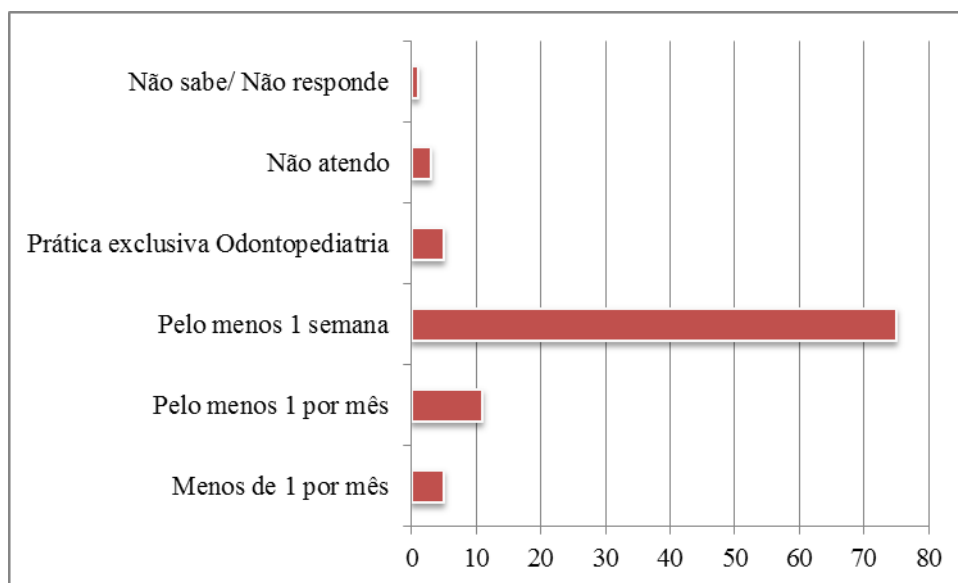


Gráfico 2 – Número de crianças atendidas na prática clínica

O questionário (ANEXO 1) versava questões sobre capacidade de diagnóstico e atitudes em situações de abuso físico e negligência. Este instrumento foi aplicado pessoalmente ou através de correio eletrónico. Todos os questionários aplicados foram respondidos e entregues à investigadora.

Os dados recolhidos foram analisados com o programa SPSS 21.0 ® (*Statistical Package for Social Sciences*). As variáveis qualitativas foram descritas com frequências absolutas e relativas, e as contínuas, com média, desvio padrão ou mediana e percentis. Em todos os casos com escolha de mais que uma hipótese, utilizou-se análise estatística de escolha múltipla, com decomposição de cada alínea em variáveis dicotómicas.

Eventuais associações entre variáveis categóricas foram determinadas através do teste do qui-quadrado, e considerou-se como valor de significância, $p < 0,05$.

A investigação dispensou consentimento informado sendo completamente isenta de risco e intrusão, e foi aprovada pela comissão de ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (ANEXO 2). Foi garantida confidencialidade no tratamento e armazenamento dos dados recolhidos.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças - Uma Visão da Medicina Dentária-

RESULTADOS

Dos participantes 63% referiram o médico dentista como privilegiado para diagnosticar abuso físico infantil.

A tabela I descreve as unidades curriculares responsáveis pela formação específica nesta área.

Tabela I - Unidades curriculares para formação sobre abuso físico e negligência

Unidades Curriculares	Número de respostas
Medicina Dentária Forense	8
Medicina Dentária Preventiva	30
Outra	2
Não teve	1
Odontopediatria + MDF	32
Não sabe/Não responde	27
<i>Total</i>	<i>100</i>

Dezassete por cento dos inquiridos afirmou não conhecer responsabilidades legais do profissional nas situações de abuso físico em crianças (Gráfico 3).

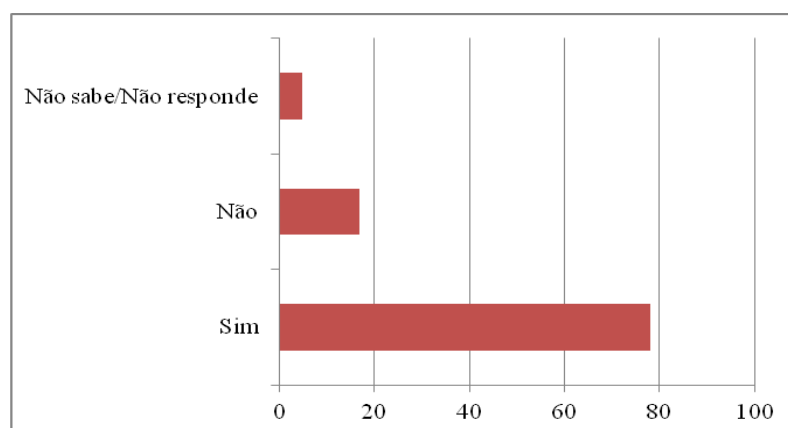


Gráfico 3 - Reconhecimento das responsabilidades legais do médico dentista na denúncia do abuso físico

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças

- Uma Visão da Medicina Dentária-

A maioria dos participantes (92%) declarou não ter identificado casos de abuso físico infantil na prática clínica. Dos 8 inquiridos que identificaram, 5 eram do sexo masculino e 3 do feminino. Considerando a idade dos participantes, verificou-se que idades superiores a 35 anos representavam a maioria dos que diagnosticaram casos de abuso físico (18,8%), com relação entre variáveis estatisticamente significativa ($p=0,012$).

Relativamente aos sinais observados que levaram ao diagnóstico de abuso físico a maioria afirma ter-se baseado na alteração do comportamento da criança e na observação de lesões traumáticas na zona perioral ($n=4$) (Tabela II).

Tabela II - Sinais usados no diagnóstico de abuso físico

	Alteração do comportamento da criança	Alteração do comportamento da criança	Várias lesões traumáticas periorais	Lesões figuradas	Lesões proeminências ósseas faciais	NS/NR	Total
Alteração do comportamento da criança	4	1	1	1	1	0	4
Alteração do comportamento dos prestadores de cuidados	1	2	2	1	0	0	2
Várias lesões traumáticas periorais	1	2	4	1	0	0	4
Lesões figuradas	1	1	1	2	1	0	2
Lesões proeminências ósseas faciais	1	0	0	1	1	0	1
NS/NR	0	0	0	0	0	1	1
Total	4	2	4	2	1	1	8

Dos inquiridos que identificaram pelo menos um caso, 3 (37,5%) procederam à denúncia a uma entidade (1 à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco - CPCJ, 1 à Polícia e 1 à Segurança Social) e 4 (50%) não o denunciaram. Os quatro participantes que não denunciaram a suspeita fizeram-no maioritariamente por falta de certeza/confiança no diagnóstico (50%) (Tabela III).

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

Tabela III – Combinações de respostas das razões para a não denúncia do caso de abuso físico

Razões para não denunciar os casos diagnosticados	Número de Respostas
Falta certeza/confiança no diagnóstico	2
Outra razão ³	1
Não sabe/ Não responde	1
<i>Total</i>	<i>4</i>

Relativamente aos participantes que não diagnosticaram qualquer caso de abuso físico, quando questionados sobre se tal acontecesse, 7% responderam que não tomariam qualquer atitude (Gráfico 4), predominantemente por incerteza ou falta de confiança no diagnóstico (43%) (Gráfico 5).

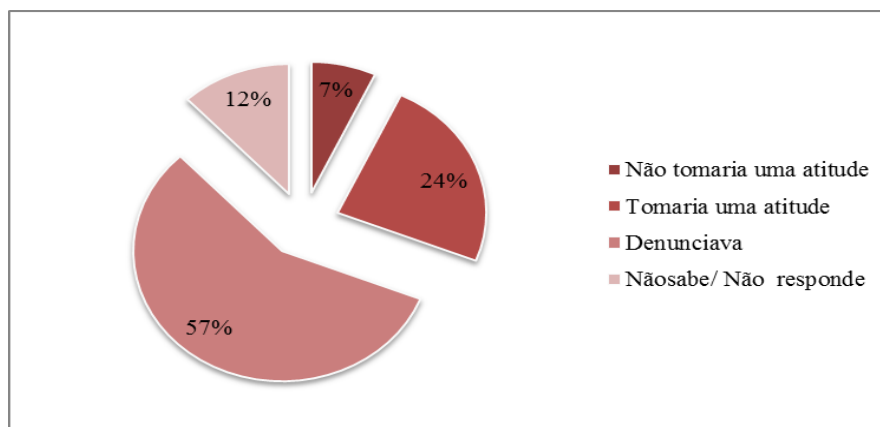


Gráfico 4 - Atitude perante o diagnóstico de abuso físico (situação hipotética)

³ A opção “Outra razão” inclui como explicação não considerarem que o diagnóstico de negligência seja da competência do médico dentista e que existem vários níveis de negligência, sem a necessidade de denunciar todos os casos, na opinião dos participantes.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças - Uma Visão da Medicina Dentária-

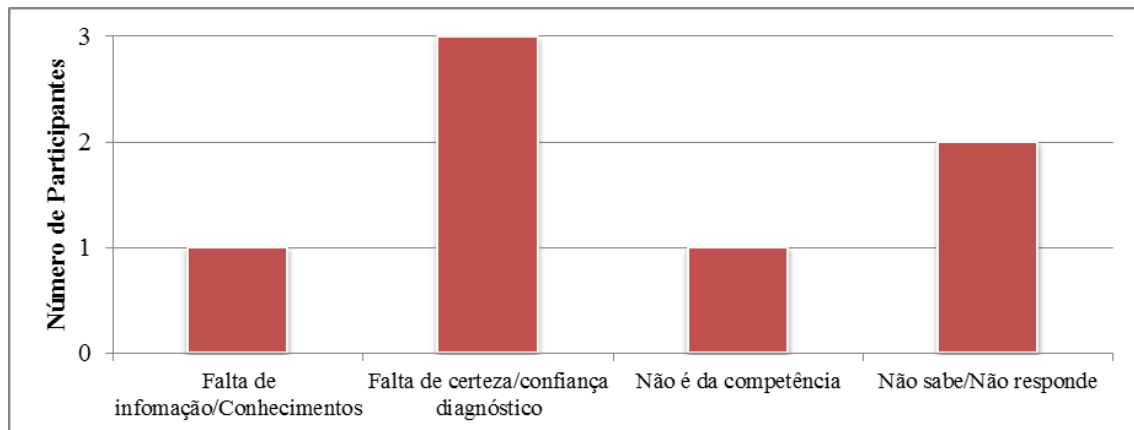


Gráfico 5 - Explicação para não tomar atitude face ao diagnóstico de abuso físico (situação hipotética)

Já os inquiridos que tomariam uma atitude (24%), 46% indicaram que abordariam os responsáveis legais da criança (Gráfico 6).

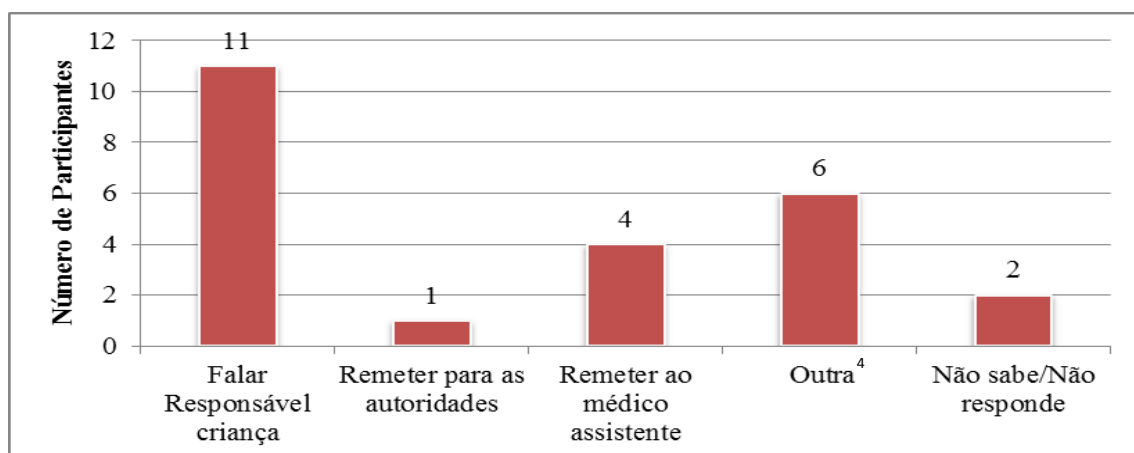


Gráfico 6 - Atitude que tomaria face ao abuso físico (situação hipotética) (n)

Na tabela IV descrevem-se as opções dos participantes relativamente às opções de denúncia no caso de uma situação hipotética.

⁴ Na opção “Outra” os participantes especificaram que procurariam ter certeza do diagnóstico, abordariam a criança ou procurariam aconselhamento na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

Tabela IV - Entidades a quem denunciariam caso de abuso físico (situação hipotética)

Entidades	Número de respostas
Polícia	12
CPCJ	10
OMD	3
Ministério público	3
Polícia e CPCJ	14
Segurança Social	10
Não sabe/não responde	5
<i>Total</i>	<i>57</i>

A entidade mais escolhida pelo sexo feminino para a denúncia foi a Polícia e CPCJ simultaneamente, representando 18% do grupo. Os indivíduos do sexo masculino dividiram-se entre a denúncia à Polícia ou à Segurança Social, com 12,8% cada. Comparando os sexos, verificou-se que os homens tendem a denunciar mais à Polícia que as mulheres, 12,8% e 11,5%, respetivamente,. Os indivíduos com menos de 35 anos representaram a maioria que tomaria uma atitude face ao diagnóstico de abuso físico (92,2%), novamente, com relação não estatisticamente significativa.

Ainda sobre a tomada de atitude face ao diagnóstico de um caso, verificou-se maior percentagem de indivíduos do sexo feminino a responder que não tomaria qualquer atitude (9,8%), com relação entre variáveis não estatisticamente significativa ($p=0,299$).

Na tabela V apresentam-se os resultados referentes aos sinais reconhecidos pelos participantes como indicadores de abuso físico.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

Tabela V - Conhecimento sobre as lesões características do abuso físico

	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	NS/NR
Lesões traumáticas diferentes estádios	26	60	10	-	4
Lesões figuradas	49	46	4	-	1
Fraturas faciais	5	80	13	-	2
Lesões proeminências ósseas faciais	5	70	22	-	3
Lesões dentárias	-	50	44	3	3
Lesões mucosa oral	1	51	43	3	2
Laceração freios	4	50	43	2	1
Mordeduras	12	69	17	1	1

Quanto à negligência infantil, 66% dos profissionais inquiridos consideraram o médico dentista privilegiado para a diagnosticar (Gráfico 7).

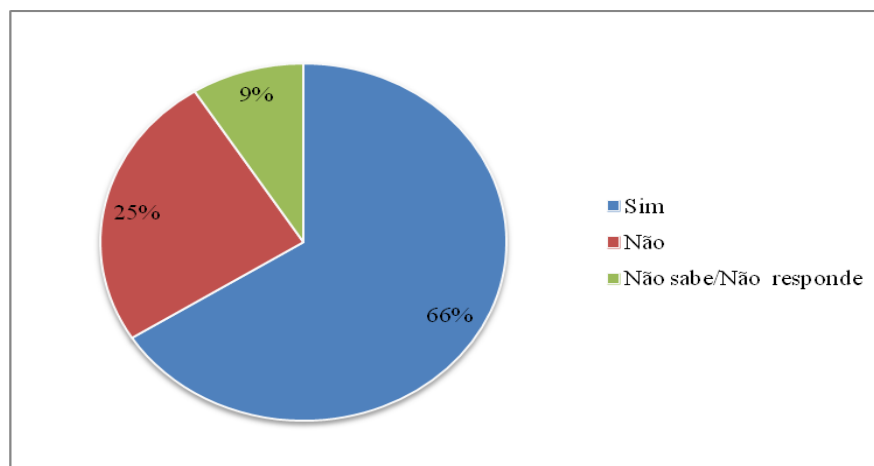


Gráfico 7 – Papel privilegiado do médico dentista para diagnosticar negligência em crianças

No que concerne às responsabilidades legais do médico dentista na denúncia da negligência infantil, a maioria (n=69) indicou conhecer as responsabilidades, mas 23 admitiram não conhecer e 8 não sabiam/não responderam.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças

- Uma Visão da Medicina Dentária-

Quanto aos casos diagnosticados, 10% referiu ter identificado pelo menos um caso de negligência em crianças na prática clínica. Destes inquiridos, 6 (60%) eram homens e 4 (40%) mulheres. A associação entre o sexo e diagnóstico de negligência não foi estatisticamente significativa ($p=0,182$). Ao considerar a idade dos participantes, observou-se que a maioria dos diagnósticos de negligência (21,9%) havia sido feita por indivíduos com mais de 35 anos, existindo relação entre variáveis estatisticamente significativa ($p=0,011$).

Os principais sinais que orientaram o diagnóstico foram má higiene/mau cheiro da criança e mau estado da saúde oral da mesma (Tabela VI).

Tabela VI – Combinação das respostas sobre os sinais usados no diagnóstico da negligência

	Alteração do comportamento da criança	Alteração do comportamento da criança	Escabiose	Alopécia	Má-higiene/ Mau cheiro	Roupas em mau estado/ inapropriadas	Baixo peso/ fraco desenvolvimento	Mau estado saúde oral	Total
Alteração do comportamento da criança	7	5	1	1	5	3	3	6	7
Alteração do comportamento dos prestadores de cuidados	5	7	2	1	6	4	4	6	7
Escabiose	1	2	2	1	2	1	2	2	2
Alopécia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Má-higiene/ Mau cheiro	5	6	2	1	8	5	4	7	8
Roupas em mau estado/ inapropriadas	3	4	1	1	5	5	3	4	5
Baixo peso/ fraco desenvolvimento	3	4	2	1	4	3	4	4	4
Mau estado saúde oral	6	6	2	1	7	4	4	8	8
Total	7	7	2	1	8	5	4	8	10

Dos 10% que diagnosticaram pelo menos um caso de negligência, 20% denunciaram-no, à Polícia (50%) e os restantes não responderam. Dos indivíduos que não denunciaram ($n=8$), a maioria fê-lo por falta de certeza/confiança no diagnóstico de negligência (50%) (Tabela VII).

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

Tabela VII - Razões para a não denúncia do caso de negligência

	Falta de certeza/confiança no diagnóstico	Outra ⁵	Não sabe/ não responde	Total
Falta de certeza/confiança no diagnóstico	4	1	0	4
Outra ⁵	1	4	0	4
Não sabe/ não responde	0	0	1	1
Total	4	4	1	8

Em face a uma situação hipotética de negligência, 10% responderam que não tomariam qualquer atitude, por incerteza no diagnóstico (n=3) ou por sentirem que não seria da sua competência (n=3) (Tabela VIII).

Tabela VIII - Razões para não tomar uma atitude perante negligência (situação hipotética)

Razões	Número de respostas
Falta de informação/Conhecimentos	2
Falta de certeza/confiança diagnóstico	3
Não é da competência	3
Não sabe/Não responde	2
Total	100

Entre os profissionais que afirmam tomar uma atitude (23%), 65% indicaram que abordariam os responsáveis legais da criança, 13% contactaria o médico assistente e 9% não responderam. Os restantes (13%) tomariam outra atitude, nomeadamente certificar-se do diagnóstico e pedir aconselhamento à Ordem dos Médicos Dentistas. Foram mais os indivíduos do sexo masculino que, face a esta situação hipotética, afirmaram que tomariam uma atitude (74,4%). A relação entre as variáveis, porém, não se mostrou estatisticamente significativa (p=0,123). Nesta análise foi ainda possível verificar que os indivíduos com mais de 35 anos representavam a maioria dos que

⁵ Esta outra razão inclui como explicação não considerarem o diagnóstico de negligência da competência do médico dentista e que existem vários níveis de negligência, não havendo a necessidade de denunciar todos, na opinião dos participantes.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças - Uma Visão da Medicina Dentária-

tomariam uma atitude (91,3%) face ao diagnóstico de negligência, sem relação estatisticamente significativa entre variáveis ($p>0,05$).

Quanto aos inquiridos que afirmam que denunciariam os casos de negligência em crianças (48%), a maioria recorreria à CPCJ (31%) (Gráfico 8).

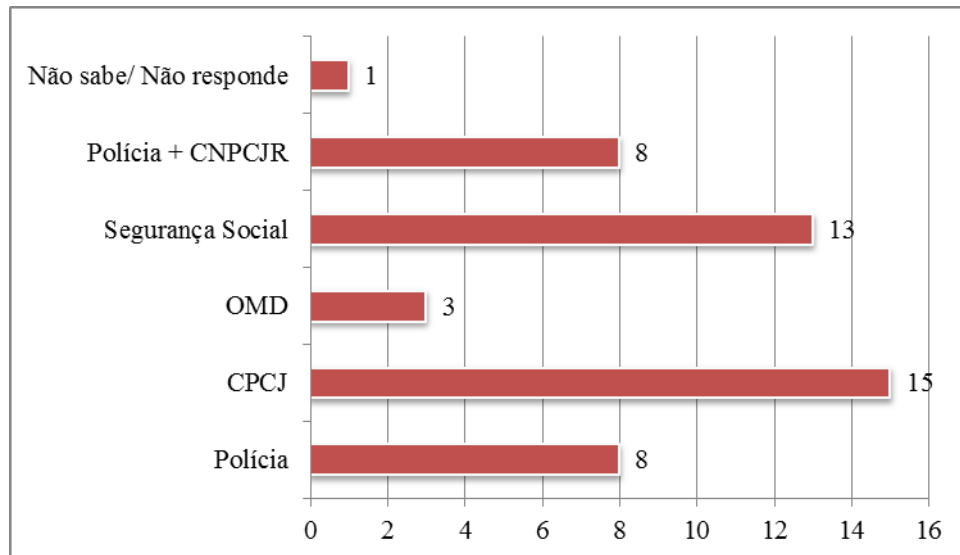


Gráfico 8 - Entidades a que denunciaria em caso de diagnosticar negligência (n)

A maioria dos participantes do sexo feminino afirmou que denunciaria negligência à CPCJ (14,8%). Os do sexo masculino dividiram-se, de novo, com 15,4%, entre denúncia à CPCJ e à Segurança Social.

Quanto aos conhecimentos dos inquiridos sobre sinais indicadores de negligência, a má-higiene ou o mau-cheiro da criança foi o sinal mais referido (Tabela IX).

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

Tabela IX - Conhecimento sobre os sinais característicos de negligência

	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	NS/NR
Alopécia	4	53	33	3	7
Escabiose	6	67	18	2	7
Má-higiene/ Mau cheiro	36	57	7	-	-
Roupas em mau estado/ inapropriadas	17	67	14	-	2
Baixo peso	10	72	14	1	3
Fraco desenvolvimento	11	74	12	-	3
Mau estado da saúde oral	27	67	6	-	-

DISCUSSÃO

No estudo realizado observou-se que 8% dos médicos dentistas diagnosticou um caso de abuso físico e 10% tinha diagnosticado um caso de negligência. As percentagens encontradas são mais baixas quando comparadas com outros estudos ^(13, 14, 17, 26-33). Esta diferença pode dever-se a uma menor prevalência de abuso infantil em Portugal quando comparado com os valores declarados em outros países ⁽²³⁾. Efetivamente, em 2011, foram apontados valores de negligência na ordem dos 22696 (33,1%) e de 4824 (7,0%) casos seguidos pela CPCJ de abuso físico infantil ⁽²²⁾. Quando comparados estes números com outros provenientes de outros países, as diferenças são evidentes. Nos EUA são, em média, reportados 3 milhões de casos de abuso físico e negligência anualmente ⁽³¹⁾ e no Reino Unido, em 2002, existiam 25,700 crianças a ser seguidas pelos serviços de proteção à criança ⁽³²⁾. Porém, refira-se que esta não é a única possibilidade. Efetivamente, o baixo número de ocorrências pode dever-se também a uma menor eficácia a nível dos sistemas de deteção e denúncia.

Outra situação que deve ainda ser considerada diz respeito à idade dos participantes. A mediana das idades dos inquiridos foi de 31 anos, ou seja, a maioria da população estudada não possui muitos anos de prática clínica, pelo que poderá influenciar o diagnóstico. A relação estatisticamente significativa entre ter uma idade superior a 35 anos e diagnosticar abuso físico e negligência ($p = 0,012$ e $p = 0,011$, respetivamente) encontrada neste estudo parece suportar esta ideia. Esta possibilidade é contrariada por Azevedo *et al* que refere que os indivíduos com idades compreendidas entre 21 a 30 anos tinham diagnosticado mais casos de abuso infantil ⁽¹⁴⁾.

A identificação das situações foi maioritariamente efetuada por homens, ainda que sem significância estatística. Dados de 2012 referem um predomínio de médicos dentistas do sexo masculino a partir dos 41 anos, em Portugal ⁽²⁹⁾. Ou seja, a maioria dos médicos dentistas do sexo masculino apresentam maior prática clínica, sendo provável que com a experiência clínica alargada haja, como vimos, mais probabilidade de reconhecer estes casos.

Para o diagnóstico de abuso físico, os sinais mais usados foram a alteração de comportamento da criança e as lesões traumáticas em diferentes estadios de cicatrização

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças

- Uma Visão da Medicina Dentária-

na zona perioral, enquanto na negligência foram o mau-cheiro/má higiene da criança e o mau estado da saúde oral da mesma, sendo estes resultados concordantes com os de outros estudos ^(13, 17). Uma explicação para estes resultados pode ser o facto de numa consulta de odontopediatria ser frequente os pais permanecerem na sala de espera, pelo que o paciente acaba por, ou se sentir à vontade para falar com o profissional de saúde.

No abuso físico, a lesão considerada mais característica foi a figurada, seguida das mordeduras e das lesões traumáticas em diferentes estádios de cicatrização, mostrando algum conhecimento sobre esta temática ^(4-9, 11, 13, 17, 18, 20, 24, 25, 28). O diagnóstico de abuso é complexo, uma vez que não existem sinais patognomónicos, apenas indícios altamente reveladores. As lesões consideradas de elevado grau de especificidade são as lesões figuradas, lesões em locais de difícil acesso – lesões em volta da região ocular, nas orelhas ou zona retroauricular e na zona lateral da face - lesões em diferentes estádios de cicatrização e atraso na procura de cuidados de saúde em situações de lesões significativas ^(4, 11, 24, 25). A laceração de freios labiais e lingual tomam um papel importância no diagnóstico, uma vez que ocorre facilmente em crianças que se encontrem a aprender a andar (8 aos 18 meses, aproximadamente), porém é altamente sugestiva de abuso fora deste intervalo etário ^(4, 25). A não consideração da laceração dos freios, nomeadamente o freio labial superior, como sinal, pode revelar o incorreto exame clínico da criança, isto é, a não eversão do lábio no exame intraoral. As marcas de mordida raramente podem ser consideradas acidentais, pelo que o seu achado é quase sempre considerado sinal de abuso ^(4, 7-9, 25). As lesões dentárias também são comuns sendo que o mais observado são luxações, fraturas, avulsões, intrusões, necroses e restos radiculares sem história plausível ^(4-9, 11, 17, 18, 20, 24, 25), porém, estas não foram dadas como importantes para o diagnóstico pelos participantes deste estudo.

Um estudo feito em enfermeiros, médicos generalistas e médicos dentistas mostrou que estes últimos eram os que tinham mais dificuldade em reconhecer os sinais de abuso infantil, assim como quanto ao procedimento a adotar em caso de diagnóstico ⁽³⁴⁾. Porém, esta situação pode ser melhorada, tornando mais fácil a decisão do médico dentista nestes casos, através do aumento de competências na área dos conhecimentos do profissional de modo a que haja menos dúvidas e mais certezas na hora de atuar.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças

- Uma Visão da Medicina Dentária-

Relativamente às situações de negligência, a literatura internacional refere a má-nutrição/má-higiene, falta de abrigo/supervisão ou de cuidados médicos, roupas impróprias e fraco desenvolvimento como os sinais mais comuns ⁽¹⁹⁾. A negligência infantil pode igualmente refletir-se a nível da cavidade oral, quando os responsáveis pela criança optam pelo não tratamento de cáries facilmente detetadas por um leigo, criança com sintomatologia e infeção sem tratamento e, ainda, pela não continuação de tratamento de patologias orais já identificadas ^(5, 9, 11). A dificuldade de diagnóstico destas situações prende-se com a dificuldade de classificação de forma adequada, uma vez que muitas situações de precariedade socioeconómica podem refletir-se no aspeto da criança sem que isso se enquadre numa situação de negligência por parte dos cuidadores ^(4, 5, 8, 9, 11, 17, 18). Tendo por base estas considerações, a *American Dental Association* não obriga à denúncia de casos de negligência devido à dificuldade em defini-la ⁽³⁾. Trata-se de uma opção no mínimo controversa, sendo que a nível da Legislação Portuguesa não existe paralelo, havendo exigência de denúncia de todos os casos suspeitos.

O segundo sinal mais referido para o diagnóstico de negligência foi o mau estado da saúde oral. Assim facilmente os médicos dentistas valorizam a negligência dentária como forma de abuso.

Numa situação hipotética de abuso físico e negligência, a maioria respondeu que tomaria uma atitude antes da denúncia do caso às autoridades competentes, abordando os responsáveis legais da criança em 46% dos casos. Esta atitude representa um risco importante na medida em que em mais de 80% dos casos, o abusador reside com a criança, sendo que em 65% das situações os abusos são perpetrados por um dos pais ⁽¹⁹⁾. A avaliação e investigação do caso efetuada pelas entidades competentes antes da denúncia visa avaliar a suspeita e grau de perigo em que se encontra o menor e identificar as fontes, pelo que a atitude de confronto dos pais pode revelar-se perigosa, tanto para a vítima, como para o médico dentista ⁽¹⁹⁾.

Ainda relativamente à situação hipotética, 57% e 48% dos inquiridos referiu que efetuariam imediatamente a denúncia da situação de abuso físico e negligência, respetivamente. Os valores são mais altos que os encontrados na Escócia ⁽²⁹⁾, onde 40% dos inquiridos sinalizaria a situação aos Serviços Sociais, à Polícia ou a instituições de proteção de menores. Esta diferença pode ser explicada pela diferente formação entre as

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças

- Uma Visão da Medicina Dentária-

populações, isto é, no presente estudo, 72% dos participantes afirmou ter tido formação sobre maus tratos infantis durante a sua licenciatura/ mestrado integrado, enquanto na Escócia tal se verificou apenas em 19% a 29% dos inquiridos ^(29, 33). Pelo contrário, no Brasil, Santos *et al* ⁽¹³⁾ referem que os médicos dentistas brasileiros tomariam inicialmente uma atitude que não a denúncia (77,2%) – falar com os responsáveis pela criança ou com colegas, de modo a certificar-se do diagnóstico - e são menos aqueles que denunciaram imediatamente o caso (22,8%). A razão apontada aqui foi a falta de confiança e certeza no diagnóstico. Alguns participantes deste estudo referiram também que antes da denúncia procurariam o aconselhamento por parte de um colega de trabalho ou da Ordem dos Médicos Dentistas. Estas atitudes estão concordantes com as encontradas em vários estudos internacionais ^(17, 26, 29, 32, 33). É possível que o profissional de saúde se sinta mais confortável em abordar alguém com as mesmas responsabilidades legais e com afinidade em termos profissionais, do que abordar uma entidade com que nunca tomou contacto.

Sete por cento dos inquiridos respondeu que não tomaria qualquer atitude perante um caso de abuso físico e dez por cento em caso negligência. Apesar de ser uma pequena percentagem, são valores superiores aos encontrados por John *et al*, que referem que 1-2% dos inquiridos confrontados com um caso suspeito não tomariam uma atitude ⁽¹⁷⁾, justificando esta atitude com a falta de confiança no diagnóstico, bem como a falta de confiança na capacidade das entidades em lidar com situações sensíveis. No entanto na nossa amostra nenhum participante referiu esta razão, podendo este facto ser indicativo que existe confiança nas entidades que dão seguimento aos casos em Portugal.

Quando questionados quanto à razão de não tomarem uma atitude, os participantes deste estudo indicaram maioritariamente que se devia à falta de certeza/confiança no diagnóstico. Esta justificação parece ser a mais comum em vários países ^(3, 13, 17, 26-29, 31-33). Jones *et al* mostraram que alguns médicos têm dúvidas sobre se devem ou não reportar o caso diagnosticado ⁽³⁵⁾. Esta ideia surge do receio de um efeito negativo para a criança no caso de denúncia e pela familiaridade com a família da criança ^(35, 36). Estes também são os motivos que justificam as opções “receio de enfrentar os responsáveis pela criança” e “receio das consequências para a criança” muitas vezes indicadas para a não sinalização dos casos ^(13, 14, 17, 28, 30, 32, 35, 36). Nestes casos, não estando o médico

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças

- Uma Visão da Medicina Dentária-

dentista certo do seu diagnóstico de abuso, escolhe, apesar da sua ilegalidade, não sinalizar o caso, não correndo o risco de criar uma situação difícil com a família no caso de estar errado, e de, conseqüentemente, perder um ou mais pacientes. Esta posição é fundamentalmente errada na medida em que, de acordo com o Artigo 33º do Código Dentológico da OMD⁶, o médico dentista deverá de pugnar pela saúde da população, não podendo alhear-se e escolher não se envolver neste tipo de situações ⁽³⁷⁾. Relativamente à invocação do desconhecimento para uma não tomada de atitude, tal é de igual modo, injustificável, na medida em que, de acordo com o Artigo 12º do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, este tem de “manter-se deontológica, técnica e cientificamente atualizado, frequentando ações de formação contínua em mínimos definidos pela OMD”⁽³⁸⁾.

Apesar de 50% dos inquiridos referirem que, numa situação hipotética, partiriam para a denúncia do caso, dentro dos inquiridos que haviam identificado abuso físico e negligência, menos de metade efetivamente denunciaram o caso (37,5% e 20% para o abuso físico e negligência, respetivamente). Estes resultados parecem apontar para uma maior facilidade em lidar com uma situação hipotética do que com a realidade.

Quanto às entidades escolhidas para efetuar as denúncias, todas as entidades selecionadas pelos participantes dariam seguimento à queixa. No entanto, segundo a Lei 147/99, de 1 de setembro, a primeira linha de denúncia de situações de abuso são as ECMIJ⁷, seguidas das CPCJ e, por último, os Tribunais ⁽¹⁹⁾. A razão para esta hierarquização prende-se com o superior interesse da criança, isto é, uma intervenção mínima e precoce, no sentido de minorar as consequências para a criança, uma vez que a intervenção também vitimiza. Deste modo, torna-se importante que o médico dentista conheça esta estrutura para que possa também ele agir em conformidade.

Como já mencionado, o diagnóstico de abuso é complexo. É de extrema importância estar atento a todos os sinais, pois é a conjugação entre eles que determina o

⁶ Artigo 33º do Código Deontológico da OMD: “O médico dentista tem o dever de pugnar pela saúde da população, essencialmente pela saúde oral e pelo funcionamento e aperfeiçoamento das instituições intervenientes na área da saúde.”; “O médico dentista deve apoiar e participar nas atividades da comunidade que tenham por fim promover a saúde e o bem-estar da população.”

⁷ Entidades com competência em matéria de infância e juventude.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças

- Uma Visão da Medicina Dentária-

diagnóstico, nunca uma só lesão ou só um comportamento vivenciado. Além disso, não existe uma obrigatoriedade de diagnóstico, mas sim da denúncia. Isto é, não é necessário haver certeza do diagnóstico, uma vez que as ECMIJ, as CPCJ e os Tribunais passam por vários procedimentos, dos quais o primeiro é a avaliação e investigação ⁽¹⁹⁾.

Verifica-se que há necessidade de formação contínua dos médicos dentistas na temática do abuso físico e negligência. A verdade é que ela existe, sendo que o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF, I.P.) promove formações ao longo de todo o ano e por todo o país. Existe também a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Criança Abusada e Negligenciada (SPECAN) que anualmente promove o Congresso sobre Abuso e Negligência de Crianças, com inúmeras palestras dadas por todos os tipos de profissionais ligados a esta temática – médicos, psicólogos, médicos dentistas, assistentes sociais, assim como funcionários das CPCJ e Tribunais. Espera-se, portanto, que o médico dentista cumpra o seu dever e procure prestar os melhores cuidados de saúde para melhor satisfazer as necessidades de tratamento do doente.

CONCLUSÕES

Apesar da crescente consciencialização da necessidade da proteção das crianças e jovens na sociedade atual, o número de casos diagnosticados de abuso físico e negligência mostrou ser baixo, aparentemente por falta de conhecimentos e confiança do diagnóstico. Avaliadas as atitudes e conhecimentos dos médicos dentistas foi possível concluir:

1. 8% dos inquiridos identificaram casos de abuso físico e 10% casos de negligência;
2. Destes, 37,5% e 20% denunciaram os casos de abuso físico e negligência, respetivamente;
3. Verificou-se que os indivíduos com mais de 35 anos de idade efetuaram mais denúncias;
4. Quando colocados numa hipotética situação, mais de metade dos inquiridos afirmou que denunciaria a situação, tanto de abuso físico como de negligência, diferindo com a situação real de diagnóstico;
5. A maioria dos inquiridos apesar de ter alguns conhecimentos apresenta falhas significativas na sua formação.

Tendo por base os resultados obtidos, parece-nos imperativo que o médico dentista se afaste da ideia de que a sua prática clínica se limita à cavidade oral. Com a posição privilegiada que apresenta, estes profissionais de saúde devem tomar parte ativa no reconhecimento de todos os tipos de abuso e na sua própria formação, podendo ajudar no combate à perpetuação do abuso nas crianças, contribuindo para uma melhoria do panorama nacional.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALDAS IM. Maus Tratos Infantis: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2003.
2. MOUDEN LD, BROSS DC. Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. *The Journal of the American Dental Association*. 1995;126(8):1173-80.
3. SFIKAS PM. Does the dentist have an ethical duty to report child abuse? *The Journal of the American Dental Association*. 1996;127(4):521-3.
4. CRESPO M, ANDRADE D, ALVES AL-S, MAGALHÃES T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. *Acta Médica Portuguesa*. 2011;24:939-48.
5. TSANG A, SWEET D. Detecting child abuse and neglect--are dentists doing enough? *Journal*. 1999;65(7):387-91.
6. MENOLI AP, FELIPETTI F. Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças--conduta do cirurgião-dentista. *Revista Varia Scientia*. 7(14):11-22.
7. HORNOR G. Physical abuse: Recognition and reporting. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 2005;19(1):4-11.
8. DUBOWITZ H, BENNETT S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet*. 2007;369(9576):1891-9.
9. MASSONI AC, FERREIRA AM, ARAGAO AK, DE MENEZES VA, COLARES V. Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence. *Ciencia & saude coletiva*. 2010;15(2):403-10.
10. KIRAN K, KAMALA B. Child abuse and the role of a dental professional--the Indian scenario. *Child abuse & neglect*. 2011;35(3):157.
11. NUZZOLESE E, LEPORE M, MONTAGNA F, MARCARIO V, DE ROSA S, SOLARINO B, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *International journal of dental hygiene*. 2009;7(2):96-101.
12. CHAIM LADF, GONÇALVES RJ. A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada; Ethical and legal responsibility to dentist in relation to abused child. *Rev ABO nac*. 2006;14(1):19-24.
13. SANTOS JF, NUNES KS, CAVALCANTI AL, SILVA EC. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras de Uberlândia e Araguari, Minas Gerais; Child abuse: Knowledge and attitudes among pedodontics in Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesqui bras odontopediatria clín integr*. 2006;6(3):273-2793.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças

- Uma Visão da Medicina Dentária-

14. AZEVEDO MS, GOETTEM ML, BRITO A, POSSEBON AP, DOMINGUES J, DEMARCO FF, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Brazilian oral research*. 2012;26(1):5-11.
15. THEODORE AD, CHANG JJ, RUNYAN DK, HUNTER WM, BANGDIWALA SI, AGANS R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*. 2005;115(3):e331-e7.
16. NAIDOO S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child abuse & neglect*. 2000;24(4):521-34.
17. JOHN V, MESSER LB, ARORA R, FUNG S, HATZIS E, NGUYEN T, et al. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Australian dental journal*. 1999;44(4):259-67.
18. LEGANO L, MCHUGH MT, PALUSCI VJ. Child abuse and neglect. Current problems in pediatric and adolescent health care. 2009;39(2):31 e1-26.
19. MAGALHÃES T. Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático para Profissionais: Quarteto; 2002.
20. LANE W, BAIR-MERRITT MH, DUBOWITZ H. Child abuse and neglect. *Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society*. 2011;100(4):264-72.
21. NUNES P, RAMINHOS I. Maus-tratos Infantis: A realidade de um hospital distrital. *Acta Med Port*. 2010;23:413-8.
22. ALVAREZ D, SANTOS L, COSTA MDC, TEIXEIRA S, CARVALHO R, VIDAL FM. Relatório Final de Avaliação da Actividade das CPCJ do Ano de 2011. 2012.
23. SANTOS A, RIBEIRO CS, CALDAS I, DINIS-OLIVEIRA R, PUENTES K. ABUSE & NEGLECT SERIES. MAGALHÃES T, editor: SPECAN; 2011.
24. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY COUNCIL ON CLINICAL A. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatric dentistry*. 2005;27(7 Suppl):64-7.
25. MAGALHÃES T. Abuso de crianças e jovens: da suspeita ao diagnóstico: Lidel; 2010.
26. ULDUM B, CHRISTENSEN HN, WELBURY R, POULSEN S. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 2010;20(5):361-5.
27. LAUD A, GIZANI S, MARAGKOU S, WELBURY R, PAPAGIANNOULIS L. Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 2013;23(1):64-71.
28. SONBOL HN, ABU-GHAZALEH S, RAJAB LD, BAQAIN ZH, SAMAN R, AL-BITAR ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe*. 2012;16(1):e158-65.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças

- Uma Visão da Medicina Dentária-

29. CAIRNS A, MOK J, WELBURY R. The dental practitioner and child protection in Scotland. *British dental journal*. 2005;199(8):517-20.
30. OWAIS AIN, QUDEIMAT MA, Qodceih S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2009;19(4):291-6.
31. RAMOS-GOMEZ F, ROTHMAN D, BLAIN S. Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *The Journal of the American Dental Association*. 1998;129(3):340-8.
32. AL-HABSI S, ROBERTS G, ATTARI N, PAREKH S. A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? *British dental journal*. 2009;206(4):E7-E.
33. HARRIS C, WELBURY R, CAIRNS A. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *British dental journal*. 2013;214(9):E24-E.
34. LAZENBATT A, FREEMAN R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of advanced nursing*. 2006;56(3):227-36.
35. JONES R, FLAHERTY EG, BINNS HJ, PRICE LL, SLORA E, ABNEY D, et al. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*. 2008;122(2):259-66.
36. GILBERT R, KEMP A, THOBURN J, SIDEBOTHAM P, RADFORD L, GLASER D, et al. Child maltreatment 2: Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
37. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS.
38. ESTATUTO DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS.

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

*Por me terem mostrado o caminho a seguir, um muito obrigada à minha orientadora,
Prof. Doutora Inês Morais Caldas, e à minha coorientadora, Prof. Doutora Maria
Lurdes Pereira.*

*Estou grata aos meus pais e à minha irmã, porque sempre me apoiaram em todos os
meus momentos.*

Ao Dr. Eduardo Santiago, pois nunca desistiu de mim, nem nunca me deixou desistir.

*E a todos os meus colegas que me acompanharam neste percurso, tornando-o
maravilhoso: Rui Canelas, Lénia Correia, Samuel Leça, Rita Lopes, João Rua, Carine
Dias, Patrícia Sousa e Ana Gomes.*

ANEXOS

ANEXO 1

- Questionário -

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

Código do inquirido (a preencher pelo inquiridor)

Este questionário está a ser realizado no âmbito da monografia de investigação da aluna Ana Sofia Dias Trindade do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, com o título "Limitações no diagnóstico do abuso físico e negligência em crianças: Uma visão da Medicina Dentária". Esta pesquisa tem como objetivo a recolha de dados sobre o conhecimento dos médicos dentistas da área do Porto sobre o diagnóstico de abuso físico e negligência em crianças no consultório médico-dentário.

A participação no estudo é voluntária e toda a informação recolhida é confidencial. O questionário encontra-se dividido em duas partes: uma sobre o conhecimento e as atitudes dos médicos dentistas em relação ao abuso físico e outra parte sobre os conhecimentos e atitudes em relação à negligência. O preenchimento demorará cerca de 15 minutos.

Agradeço a disponibilidade e colaboração.

DADOS GERAIS

1. Sexo

- ☐ Feminino
☐ Masculino

2. Idade

- ☐ 23-30 anos
☐ 31-40 anos
☐ 41-50 anos
☐ Mais de 50 anos

3. Anos de prática profissional

- ☐ 0-5
☐ 6-10
☐ 11-20
☐ Mais de 20

4. Local de formação: _____

5. Possui alguma pós-graduação numa das seguintes áreas?

- ☐ Odontopediatria
☐ Ortodontia
☐ Medicina Dentária Forense/Legal

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

6. Durante a sua formatura em Medicina Dentária, teve alguma unidade curricular que oferecesse conhecimento na área do abuso sexual e negligência na criança?

- ☐ Odontopediatria
- ☐ Medicina Dentária Forense/ Legal
- ☐ Medicina Dentária Preventiva e Comunitária
- ☐ Outra: _____
- ☐ Não teve/ Não sabe

7. Quantas crianças costumam atender às suas consultas?

- ☐ Menos de 1 por mês
- ☐ Pelo menos 1 por mês
- ☐ Pelo menos 1 por semana
- ☐ Pelo menos 1 por dia
- ☐ Não atendo

8. Considera o médico dentista um profissional de saúde privilegiado para o diagnóstico de abuso físico e negligência em crianças?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9. Conhece as responsabilidades legais do profissional de saúde em relação à denúncia de abuso físico ou negligência em crianças?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

**1ª Parte – AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E ATITUDES EM RELAÇÃO AO
ABUSO FÍSICO NA CRIANÇA**

10. Das seguintes características orofaciais, qual/quais considera ser sinal de abuso físico
(Coloque uma cruz na opção desejada):

	Sim, sempre ₀	Sim, às vezes ₁	Raramente ₂	Nunca ₃
10.1. Várias lesões traumáticas em diferentes estádios de cicatrização na zona peri-oral				
10.2. Escoriação com forma identificável (p.ex., marca de cigarro, palma da mão)				
10.3. Sinais de fratura dos ossos maxilares sem história plausível				
10.4. Lesões traumáticas nos locais de proeminência óssea facial em idades superiores a 1 ano				
10.5. Lesões dentárias sem explicação aplicável à situação				

11. Já identificou algum caso de abuso físico em crianças na sua prática clínica?

- ☐₀ Sim
☐₁ Não (Avance para a questão 14)

12. Se respondeu SIM à questão anterior, como efetuou o diagnóstico? (Pode assinalar mais que 1 opção)

- ☐₀ Alteração do comportamento da criança
☐₁ Alteração do comportamento dos prestadores de cuidados da criança
☐₂ Presença de várias lesões traumáticas em diferentes estádios de cicatrização na zona peri-oral
☐₃ Presença de escoriações com forma identificável
☐₄ Sinais de fratura dos ossos maxilares sem história plausível
☐₅ Lesões traumáticas nos locais de proeminência óssea facial em idades superiores a 1 ano
☐₆ Lesões dentárias sem explicação aplicável à situação
☐₇ Outras: _____

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

13. Denunciou o caso a alguma entidade?

- ☐ Sim
☐ Não

13.1 Se respondeu SIM à questão anterior, a que entidade denunciou?

- ☐ Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens
☐ Tribunais
☐ Polícia
☐ Outra: _____

13.2 Se respondeu NÃO, porque não denunciou? (Pode assinalar mais que 1 opção)

- ☐ Falta de informação/ conhecimentos na área
☐ Falta de certeza/ confiança no diagnóstico
☐ Receio de enfrentar os prestadores de cuidados da criança
☐ Receio de perder o paciente
☐ Outra: _____

14. Se respondeu NÃO à pergunta 11; se encontrasse uma criança vítima de abuso físico, como procederia?

- ☐ Denunciava a uma entidade competente
☐ Tentava conversar com os prestadores de cuidados da criança
☐ Falava primeiro com os prestadores de cuidados da criança e de seguida denunciava o caso a uma entidade responsável
☐ Não tomaria qualquer atitude

14.1. Se na questão anterior assinalou alguma opção em que denunciaria o caso a uma entidade responsável, a qual o faria:

- ☐ Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens
☐ Tribunais
☐ Polícia
☐ Outra: _____

14.2. Se assinalou a opção “Não tomaria qualquer atitude”, especifique a razão:
(Pode assinalar mais que 1 opção)

- ☐ Falta de informação/ conhecimentos na área
☐ Falta de certeza/ confiança no diagnóstico
☐ Receio de enfrentar os prestadores de cuidados da criança

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

☐ Receio de perder o paciente

☐ Outra: _____

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

**2ª Parte – AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E ATITUDES EM RELAÇÃO À
NEGLEGÊNCIA NA CRIANÇA**

15. Das seguintes características, qual/quais considera ser sinal de negligência: (Coloque uma cruz na opção desejada):

	Sim, sempre ₀	Sim, às vezes ₁	Raramente ₂	Nunca ₃
15.1. Alopecia				
15.2. Escabiose				
15.3. Má-higiene/ Mau-cheiro				
15.4. Roupas em mau estado/ inapropriadas				
15.5. Baixo peso				
15.6. Fraco desenvolvimento				
15.7. Mau estado da saúde oral				

16. Já identificou algum caso de negligência em crianças na sua prática clínica?

- ☐₀ Sim
☐₁ Não (Avance para a questão 19)

17. Se respondeu SIM à questão anterior, como efetuou o diagnóstico?

- ☐₀ Escabiose
☐₁ Alopecia
☐₂ Má-higiene/ Mau-cheiro
☐₃ Roupas em mau estado/ inadequadas
☐₄ Baixo peso/ fraco desenvolvimento
☐₅ Mau estado da saúde oral
☐₆ Outra: _____

18. Denunciou o caso a alguma entidade?

- ☐₀ Sim
☐₁ Não

18.1 Se respondeu SIM à questão anterior, a que entidade denunciou?

Limitações no Diagnóstico do Abuso Físico e Negligência em Crianças
- Uma Visão da Medicina Dentária-

- ☐ Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens
- ☐ Tribunais
- ☐ Polícia
- ☐ Outra: _____

18. 2 Se respondeu NÃO, porque não denunciou?

- ☐ Falta de informação/ conhecimentos na área
- ☐ Falta de certeza/ confiança no diagnóstico
- ☐ Receio de enfrentar os prestadores de cuidados da criança
- ☐ Receio de perder o paciente
- ☐ Outra: _____

19. Se respondeu NÃO à pergunta 16; se encontrasse uma criança vítima de negligência, como procederia?

- ☐ Denunciava a uma entidade competente
- ☐ Tentava conversar com os prestadores de cuidados da criança
- ☐ Falava primeiro com os prestadores de cuidados da criança e de seguida denunciava o caso a uma entidade responsável
- ☐ Não tomaria qualquer atitude

19.1. Se na questão anterior assinalou alguma opção em que denunciaria o caso a uma entidade responsável, a qual o faria:

- ☐ Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens
- ☐ Tribunais
- ☐ Polícia
- ☐ Outra: _____

19.2. Se assinalou a opção “Não tomaria qualquer atitude”, especifique a razão:

- ☐ Falta de informação/ conhecimentos na área
- ☐ Falta de certeza/ confiança no diagnóstico
- ☐ Receio de enfrentar os prestadores de cuidados da criança
- ☐ Receio de perder o paciente
- ☐ Outra: _____

Muito Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO 2

- Aprovação pela Comissão de Ética -**
- Declaração do Investigador -**
- Parecer do Orientador -**



Exma. Senhora
Estudante Ana Sofia Dias Trindade
Curso de Mestrado Integrado em
Medicina Dentária da
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

000092

30 JAN. 2013

Assunto: Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do Plano de Atividades a realizar no âmbito da unidade curricular "Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica" do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e cujo título é: "Limitações do abuso físico e negligência: uma visão da medicina dentária".

Informo V. Exa. que o projeto supra citado foi:

- Aprovado na reunião da Comissão de Ética do dia 23 de janeiro de 2013.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética

António Felino
(Professor Catedrático)



DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

15 / 07 / 2013

Ana Sofia Dias Teixedade
O / A investigador(a)

PARECER
(Entrega do trabalho final de Monografia)



Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pelo(a)
Estudante Ama Sofia Dias Teindade
com o título Limitações diagnósticas de duas faixas de migração - uma visão da medicina dentária,
está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e
encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

15/07/2013

O(A) Orientador(a)

Três Reis e Cedeira